

**Universidade Aberta do SUS – UNASUS**  
**Universidade Federal de Pelotas**  
**Especialização em Saúde da Família**  
**Modalidade a Distância**  
**Turma 6**



**Qualificação das ações de atenção à saúde do idoso na Unidade de  
Ilha Grande de Santa Isabel, em Parnaíba, PI**

**Júlia Moraes Mota**

**Pelotas, RS**

**2015**

**Júlia Moraes Mota**

**Qualificação das ações de atenção à saúde do idoso na Unidade de  
Ilha Grande de Santa Isabel, em Parnaíba, PI**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Programa de Pós Graduação em Saúde da Família Modalidade EaD Universidade Aberta do SUS – Universidade Federal de Pelotas, como requisito à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Lenise Patrocínio Pires Cecilio

Pelotas, RS

2015

**Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação**

M917q Mota, Júlia Moraes

Qualificação das ações de atenção à saúde do idoso na Unidade de Ilha Grande de Santa Isabel, em Parnaíba, PI / Júlia Moraes Mota; Lenise Patrocínio Pires Cecilio, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

61 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família. 2.Atenção Primária à Saúde. 3.Saúde do Idoso. 4.Assistência domiciliar. 5.Saúde Bucal. I. Cecilio, Lenise Patrocínio Pires, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Gabriela N. Quincoses De Mellos CRB: 10/1327

**Júlia Moraes Mota**

**Qualificação das ações de atenção à saúde do idoso na Unidade de Ilha Grande de Santa Isabel, em Parnaíba, PI**

Monografia aprovada em \_\_/\_\_/\_\_, como requisito à obtenção do título de especialista em Saúde da Família da Universidade Aberta do SUS/ Universidade Federal de Pelotas.

ESPAÇO DESTINADO PARA A FOLHA DE APROVAÇÃO

Dedico este trabalho a meus pais, Klécio e Socorrinha, pelo amor, carinho e companheirismo.

## **Agradecimentos**

A DEUS pela força e humildade no olhar ao outro;

Aos meus familiares, pelo apoio, incentivo e carinho ofertados sempre;

Ao meu companheiro Sérgio, pela paciência e amor nas diversas circunstâncias;

Aos Colegas de trabalho pela dedicação, amizade e força de vontade;

A minha orientadora Lenise Cecilio pela sabedoria e pelos ensinamentos, e a todos que contribuíram para a realização deste trabalho.

*'Health is a state of complete physical, mental, and social well-being and not merely the  
absence of disease or infirmity'*  
World Health Organization, 1948

## RESUMO

MOTA, Júlia Moraes. **Qualificação das ações de atenção à saúde do idoso na Unidade de Ilha Grande de Santa Isabel, em Parnaíba, PI.** 2015. 61f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização). Especialização em Saúde da Família. Universidade Aberta do SUS / Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A melhoria da atenção à Saúde do Idoso é de grande importância para observar e acompanhar a incidência de doenças crônicas tão prevalentes nessa faixa etária, além de identificar precocemente transtornos que podem afetar a saúde dessa população e assegurar a qualidade de vida. Este trabalho teve como objetivo qualificar as ações de atenção à saúde do idoso na Unidade de Saúde de Ilha Grande de Santa Isabel, em Parnaíba/ PI. Constitui o relato de uma intervenção de 12 semanas com ações desenvolvidas em quatro eixos de trabalho: organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação das ações, qualificação da prática clínica e engajamento público. Após os três meses, houve a avaliação do período com a qualificação e reordenamento das ações para incorporação das mesmas na rotina da unidade. Nos 90 dias de trabalho foi possível alcançar uma cobertura de 55% dos idosos estimados para a área (178 de 320). A qualificação do programa resultou, também, na melhoria dos registros na unidade, e refletiu numa melhoria geral das demais ações programáticas. Para o serviço e para a comunidade, este trabalho trouxe resultados positivos: melhora nos atendimentos, qualificação dos profissionais, atividades educativas realizadas por todos os profissionais, além de um atendimento mais humanizado e integral, resultando num melhor cuidado à população como um todo, e não apenas atendimento às suas demandas clínicas. As ações propostas durante a intervenção foram incorporadas à rotina do serviço, visto que os profissionais envolvidos se propuseram a realizar continuamente a qualificação da saúde do idoso na Unidade e aspectos como o acolhimento e o cadastro dos usuários tiveram continuidade após o período da intervenção.

**Palavras-chaves:** Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Saúde do Idoso; Assistência domiciliar; Saúde Bucal.



## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Quadro do cronograma de atividades da intervenção .....	33
<b>Figura 2:</b> Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de Ilha Grande de Santa Isabel, Parnaíba, PI, no período de agosto a novembro de 2014. ....	38
<b>Figura 3:</b> Figura 3: Gráfico indicativo da proporção de idosos com avaliação multidimensional rápida na unidade de Ilha Grande de Santa Isabel, Parnaíba, PI, no período de agosto a novembro de 2014. ....	39
<b>Figura 4:</b> Figura 4: Gráfico indicativo da proporção de idosos com exame clínico apropriado na unidade de Ilha Grande de Santa Isabel, Parnaíba, PI, no período de agosto a novembro de 2014. ....	39
<b>Figura 5:</b> Gráfico indicativo da proporção de idosos hipertensos ou diabéticos com solicitação de exames periódicos em dia na unidade de Ilha Grande de Santa Isabel, Parnaíba, PI, no período de agosto a novembro de 2014 .....	40
<b>Figura 6:</b> Gráfico indicativo da proporção de idosos que faz uso de medicação com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular na unidade de Ilha Grande de Santa Isabel, Parnaíba, PI, no período de agosto a novembro de 2014. ....	41
<b>Figura 7:</b> Gráfico indicativo da proporção de idosos rastreados para HAS na unidade de Ilha Grande de Santa Isabel, Parnaíba, PI, no período de agosto a novembro de 2014. ....	42
<b>Figura 8:</b> Gráfico indicativo da proporção de idosos com PA maior que 135/80 mm Hg rastreados para DM na unidade de Ilha Grande de Santa Isabel, Parnaíba, PI, no período de agosto a novembro de 2014. ....	42
<b>Figura 9:</b> Gráfico indicativo da proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na unidade de Ilha Grande de Santa Isabel, Parnaíba, PI, no período de agosto a novembro de 2014 .....	43
<b>Figura 10:</b> Gráfico indicativo da proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática na unidade de Ilha Grande de Santa Isabel, Parnaíba, PI, no período de agosto a novembro de 2014. ....	44
<b>Figura 11:</b> Gráfico indicativo da proporção de idosos faltosos que recebeu busca ativa na unidade de Ilha Grande de Santa Isabel, Parnaíba, PI, no período de agosto a novembro de 2014. ....	45
<b>Figura 12:</b> Gráfico indicativo da proporção de idosos rastreados para risco de morbimortalidade na unidade de Ilha Grande de Santa Isabel, Parnaíba, PI, no período de agosto a novembro de 2014. ....	46
<b>Figura 13:</b> Gráfico indicativo da proporção de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice na unidade de Ilha Grande de Santa Isabel, Parnaíba, PI, no período de agosto a novembro de 2014. ....	46

### **Lista de Abreviaturas e Siglas**

**ACS:** Agentes Comunitários de Saúde  
**PNI:** Política Nacional do Idoso  
**PNSI:** Política Nacional de Saúde do Idoso  
**OMS:** Organização Mundial de Saúde  
**ONU:** Organização das Nações Unidas  
**CAPS/AD:** Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas  
**CEO:** Centro de Especialidades Odontológicas  
**DM:** Diabetes Mellitus  
**EAD:** Ensino a Distância  
**ESF:** Estratégia Saúde da Família  
**HAS:** Hipertensão Arterial Sistêmica  
**IBGE:** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
**MS:** Ministério da Saúde  
**NASF:** Núcleo de Apoio à Saúde da Família  
**PA:** Pressão Arterial  
**SMS:** Secretaria Municipal de Saúde  
**SUS:** Sistema Único de Saúde  
**SIAB:** Sistema de Informação da Atenção Básica  
**UBS:** Unidade Básica de Saúde  
**UFPEL:** Universidade Federal de Pelotas

## Sumário

1 Análise situacional.....	13
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS (Estratégia de Saúde da Família/Atenção Primária à Saúde) em 21/04/2014 .....	13
1.2 Relatório da Análise Situacional em 30/05/2014.....	14
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	18
2 Análise estratégica – Projeto de Intervenção.....	18
2.1 Justificativa .....	18
2.2 Objetivos e metas .....	20
2.2.1 Objetivo geral .....	20
2.2.2 Objetivos específicos.....	20
2.2.3 Metas.....	21
2.3 Metodologia .....	22
2.3.1 Ações.....	23
2.3.2 Indicadores .....	25
2.3.3 Logística .....	30
2.3.4 Cronograma.....	33
3 Relatório da intervenção.....	34
3.1 Ações previstas e desenvolvidas – facilidades e dificuldades .....	34
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas – facilidades e dificuldades.....	36
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados .....	36
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	36
4 Avaliação da intervenção.....	37
4.1 Resultados.....	37
4.2 Discussão .....	48
4.3 Relatório da intervenção para os gestores .....	49
4.4 Relatório da intervenção para a comunidade .....	50
5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem .....	51
6 Bibliografia básica .....	52
Anexos – Planilha OMIA, ficha-espelho, planilha de coleta de dados e parecer do comitê de ética .....	53
Apêndice – fotos.....	55

## **APRESENTAÇÃO**

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade EaD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas. Está constituído pelo relato da realização de uma intervenção voltada para a qualificação das ações de atenção à saúde do idoso na Unidade de Ilha Grande de Santa Isabel, em Parnaíba, PI. O volume está organizado em cinco unidades de trabalho. Na primeira parte observamos a análise situacional desenvolvida na unidade 1 do curso. Na segunda parte é apresentada a análise estratégica, realizada por meio da construção de um projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade 2. A terceira parte apresenta o relatório da intervenção desenvolvida ao longo de 12 semanas durante a unidade 3 do curso. Na quarta seção encontra-se a avaliação dos resultados dessa intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, construídos ao longo da unidade 4. Na quinta e última parte a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção. Finalizando o volume, estão os anexos e apêndices utilizados durante a realização deste trabalho.

## **1 ANÁLISE SITUACIONAL**

### **1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS (Estratégia de Saúde da Família/ Atenção Primária à Saúde) em 21/04/2014.**

Atuo na Unidade Ilha Grande de Santa Isabel. Apesar de ter sido construída para funcionar como uma unidade de saúde possui poucas salas (01 para médico, 01 para enfermeiro, 01 para cirurgião dentista) e faltam sala de reuniões, expurgo, dentre outras. A recepção dispõe de pouco espaço para a acomodação dos usuários e não há um local específico para a realização do acolhimento. Os banheiros são insuficientes e fora dos padrões propostos, já que não dispõem de adaptação para deficientes físicos. Há falta de ventilação e pouca luminosidade de alguns ambientes, como na sala da enfermagem, o que dificulta o processo de trabalho.

Apesar de não apresentar local para as reuniões de equipe, os encontros acontecem em um local na parte posterior da unidade, porém com excesso de ruídos advindos do compressor do consultório odontológico. Ainda assim, apesar da carência estrutural, consigo perceber bastante empenho por parte da equipe em utilizar os espaços da melhor forma possível. Pelo início recente do trabalho, ainda não tive oportunidade de participar da reunião com a equipe, que segundo a enfermeira ocorre durante a entrega da produtividade, mensalmente. Estamos discutindo a possibilidade de aumentarmos a frequência dessas reuniões, dada à importância do diálogo no trabalho em equipe e também senti a necessidade de conhecer e conversar com a totalidade do ACS, que somam nove pessoas. O cronograma já existente está adequado à rotina nas esferas de Saúde da Mulher, HAS E DM, Idosos, Crianças e Pré-Natal, com boa aceitação por parte dos usuários e adequada funcionalidade.

Senti que fui bastante bem acolhida por parte dos profissionais e no dia em que fui apresentada à equipe participei de uma reunião de um grupo existente na Unidade, o GEA (Grupo de Escuta e Acolhimento), do qual participa o NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) e os usuários de Saúde Mental da área que abrange a UBS, contando com a equipe de Psicólogo, Terapeuta Ocupacional, Enfermeira e Psiquiatra (aqui só existe um

profissional dessa área). Fiquei bastante motivada a participar das reuniões e discutir sobre o processo saúde doença, o uso de psicofármacos e a demanda de saúde mental da região. Durante a rotina das consultas percebi a carência dos usuários acerca do atendimento médico e multiprofissional, a desinformação por parte de muitos em relação aos seus direitos e, sobretudo, a gentileza com que recebem e acolhem o profissional. Penso que com o passar dos dias e a rotina na unidade serei capaz de aprofundar e ampliar a visão em relação aos diversos aspectos no processo de trabalho e assim eleger prioridades nesse contexto.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional – em 30/05/2014**

Atuo no município de Parnaíba-Piauí, cidade de 150 mil habitantes, que integra a maior rede de clínicas e hospitais do norte piauiense. Mas apesar da grande importância na região, o município carece ainda de melhorias na infraestrutura pública hospitalar.

A Atenção Primária conta com 39 Unidades Básicas de Saúde todas com Estratégia de Saúde da Família (ESF). O NASF está disponível somente para quatro dessas unidades, e constitui importante rede de apoio multidisciplinar. Os principais centros de saúde da cidade são: Hospital Nossa Senhora de Fátima, Maternidade Marques Bastos, Santa Casa de Misericórdia, com destaque ao Hospital Estadual Dirceu Arcoverde – HEDA, referência em saúde para a região. Existe ainda o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), que enfrenta dificuldades em oferecer atendimento de qualidade à população devido à demanda excessiva.

A Unidade Ilha Grande de Santa Isabel está inserida em zona urbana, onde estão presentes duas equipes de saúde – Módulos 01 e 02. Cada equipe é composta de um médico, uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem e um profissional responsável pela marcação de consultas. Além disso, temos a presença dos estagiários do Curso de Enfermagem e os bolsistas do PET. Contamos ainda com a participação efetiva do NASF, onde são disponibilizados profissionais das diversas áreas: fonoaudiólogo, psicólogo e assistente social.

Em relação às atribuições da equipe, é notório o empenho da maioria integrante em proporcionar um atendimento de qualidade à população assistida

e apesar disso existem algumas limitações importantes na atenção à saúde da população, como a falta de capacitação para os profissionais e a demanda excessiva de atendimentos na rotina da UBS. No que se refere à relação entre número/ tamanho das equipes na UBS em que me encontro, pode-se dizer que a estimativa encontrada se adequa ao tamanho da população da área de abrangência, pois cada módulo é composto de uma equipe de Saúde da Família para atender em média 800 famílias cada, totalizando um número mínimo de 3.200 pessoas. A estimativa de distribuição da população por sexo e faixa etária brasileira tem semelhanças com a estimativa apresentada na UBS, que apresenta elevado número de mulheres entre a faixa etária de 25-64 anos, bem como da população idosa.

No que se refere ao acolhimento e o excesso de demanda espontânea na UBS, pode-se dizer que existem alguns pontos a serem melhorados. Inicialmente, não existe um local apropriado para a realização do acolhimento, sendo este feito ainda na parte exterior da UBS, antes da recepção, ou até no corredor, sem local específico ou apropriado para tal. É feito pela maior parte dos profissionais que compõem a equipe e se dá pela equipe de referência juntamente com a equipe do dia, constituindo assim um acolhimento misto.

Na primeira visita do coordenador do PROVAB à UBS, foi discutida a necessidade do profissional médico realizar o acolhimento ainda na sala de recepção, podendo ser baseado no cronograma de atendimentos da UBS, e assim proporcionar melhorias nesse processo de escuta tão importante em todas as relações de cuidado. Baseado na premissa de que o usuário também define, com formas e graus variados, o que é necessidade de saúde para ele, temos que a acolhida e a problematização da demanda apresentada pelo usuário é de fundamental importância quando se deseja prestar um serviço de qualidade para a população, fazendo-se necessário sentir, viver e perceber as experiências de acolhimento para que de fato ele seja efetivado, mais do que o discurso ou a argumentação racional.

Na Saúde da Criança (puericultura) as ações realizadas no serviço não estão sistematizadas de forma programática, ou seja, o serviço não adota um protocolo ou manual técnico e não conta com registro específico para essa população. Apesar disso, para crianças menores de 1 ano residentes na área

foi observada uma cobertura de 96% (46 crianças). Podemos fazer uma avaliação bastante satisfatória dessa porcentagem encontrada, visto que contempla quase que a totalidade das crianças dessa faixa etária da área da UBS, mas esses números não contemplam as crianças compreendidas entre 13 e 72 meses, como seria preconizado no Programa de Puericultura. Os indicadores da qualidade da atenção à criança no primeiro ano de vida demonstram que 83% delas estão com as consultas em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde (sete dias de vida, um mês, dois meses, quatro meses, seis meses, nove meses e doze meses). Quanto à vacinação, mais de 90% delas está em dia com o calendário ministerial. A avaliação da saúde bucal, por sua vez, registra 30 crianças, 65% delas, e pode ser considerado um ponto a ser melhorado na Atenção à Saúde da Criança, com um maior acompanhamento e observação por parte dos profissionais da UBS.

No que diz respeito às ações do Pré-natal, o serviço conta com o registro específico das atividades realizadas nesse âmbito, utilizando a ficha espelho da gestante e realizando o monitoramento regular das ações propostas através das informações contidas nesse dispositivo. A cobertura da atenção à gestante encontrada estimada de 42% corrobora com a estimativa geral para a Região Nordeste, e encontra-se abaixo dos valores estimados quando comparada às regiões Sul e Sudeste. Em relação aos indicadores da qualidade da atenção ao Pré-natal avaliados, temos que 90% das gestantes iniciaram o Pré-natal ainda no 1º trimestre e que 85% delas estão com as consultas em dia de acordo com o calendário do Ministério da Saúde, que mantém o padrão mínimo de 06 consultas. De forma bastante positiva, os indicadores mostram que para a totalidade das gestantes residentes na área e acompanhadas na UBS, foram solicitados na 1ª consulta os exames laboratoriais preconizados e feita a suplementação de sulfato ferroso conforme protocolo. Além disso, todas receberam orientações no tocante ao Aleitamento Materno exclusivo, contribuindo para a promoção de qualidade desse serviço no âmbito da UBS. A avaliação da saúde bucal mostrou-se presente em 70% das gestantes, configurando um quadro satisfatório de atendimento neste campo da saúde.

Em relação à Prevenção do Câncer de Colo de Útero, a forma de registro das ações desenvolvidas nessa área e o monitoramento regular acontecem baseados nos dados nos prontuários das mulheres na faixa etária



correspondente e pelas fichas utilizadas pela profissional de enfermagem. A cobertura de prevenção do câncer de colo de útero encontrada favorece pouco mais da metade das mulheres (54%), com o total de 417 mulheres entre 25 e 64 residentes na área e acompanhadas na UBS com essa finalidade. Esse dado é preocupante quando demonstra que grande parte das mulheres residentes na área da UBS não estão sendo acompanhadas no tocante ao câncer de colo, e esse número de 46% de ausência de cobertura reflete bem isso. Com o intuito de melhorar a qualidade da atenção à saúde dessas mulheres, algumas estratégias devem ser utilizadas na UBS para que não se perca o seguimento dessas mulheres, a exemplo da garantia da abordagem necessária para as mulheres com exames alterados, através da educação e da comunicação. É necessário também garantir a qualidade dos procedimentos realizados em todos os níveis do cuidado, e isso configura uma responsabilidade conjunta dos profissionais atuantes na UBS.

A cobertura de controle de Câncer de Mama na área, por sua vez, mostrou índices mais elevados, totalizando 77%, com 185 mulheres entre 50 e 69 residentes e acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de mama. Verificou-se a necessidade de melhorias na efetividade do controle do câncer de colo de útero e de mama, e algumas mudanças no processo de trabalho devem ser realizadas, a saber: a equipe deve estar comprometida em realizar o registro sistemático das informações relacionadas às mulheres, como alterações no exame citopatológico e a frequência de realização dos mesmos; a busca pelas mulheres que não estão sendo acompanhadas deve ser amplamente discutida e realizada nas visitas diárias dos ACS e nas visitas domiciliares por parte da equipe; o seguimento das mulheres cadastradas deve ter um fluxo estabelecido e entendido por parte da equipe, para que se possa garantir a avaliação de risco para todas as mulheres, bem como as orientações preventivas para essas patologias.

No que se refere à atenção aos portadores de Hipertensão e/ou Diabetes, temos que o serviço não utiliza protocolo ou manual técnico para avaliação e monitoramento das ações relacionadas a essas patologias e a estimativa do número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área somou 289 pessoas, aparentando ser adequado a realidade local e atingindo percentual de 45% de cobertura no que diz respeito a HAS. Esse valor

estimado da cobertura abrangendo quase metade da população encontra-se dentro dos parâmetros regionais e deve ser levado em consideração no intuito de expandir esse número. Para isto, devemos agregar à rede novos contingentes de hipertensos, rastreados ativamente e inseridos nas rotinas e em tratamento regular. Em relação à Diabetes Mellitus (DM), o total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS foi de 74 pessoas, perfazendo um nível de cobertura de 40%, também dentro do estimado para as demais regiões a nível comparativo.

Em relação à Saúde dos Idosos, temos que a estimativa do número de idosos residentes na área e acompanhados na UBS somou 105 pessoas, alertando para a necessidade do cuidado contínuo e de qualidade que deve estar presente nessa fase da vida de tantos usuários. A avaliação da cobertura de pessoas cadastradas na Saúde da Pessoa Idosa encontrada foi de 32,81% (105 de 320, estimando 10% da população local), no entanto, muitos idosos cadastrados não estão, efetivamente, em acompanhamento, a atenção não é sistematizada, e observa-se a necessidade da implantação de um programa organizado, contribuindo para que mais pessoas alcancem idades avançadas com o melhor estado de saúde possível, sendo o envelhecimento ativo e saudável, o principal objetivo. Se considerarmos saúde de forma ampliada, torna-se necessária alguma mudança no contexto atual em direção à produção de um ambiente social e cultural mais favorável para população idosa.

### **1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional**

Ao observar o texto apresentado no início do curso, com a situação avaliada em 21.04.2014, e compará-lo a análise situacional em 30.05.2014, após a realização da Unidade 1 do curso, é notório o aprofundamento no olhar diante do processo de trabalho e da estrutura da Unidade de Saúde, bem como das atividades ali desenvolvidas. A partir da leitura dos textos de apoio e das vivências compartilhadas, foi possível direcionar o foco para cada ação desenvolvida complementando o trabalho da equipe. Além disso, as reuniões em equipe e a discussão das ações que seriam implementadas proporcionaram a aquisição de novos conhecimentos e fortaleceram a experiência adquirida durante a prática clínica na unidade, tanto do ponto de

vista técnico como do ponto de vista profissional. Durante esse período de adaptação, ficou perceptível que todo o planejamento das ações em saúde deve ser baseado em informações concretas, análise consolidada e detalhada, experiências e peculiaridades territoriais.

A realização do relatório durante o período de ambientação abordou as atividades desenvolvidas na unidade de uma maneira geral, e quando aprofundamos o olhar redigindo o relatório de análise situacional, pudemos perceber as nuances existentes entre as diversas ações em saúde implementadas no território e assim desenvolver um trabalho pautado nas principais dificuldades e também nos pontos positivos encontrados no processo de trabalho. É desejo da equipe que o conhecimento da realidade local e do funcionamento da rotina da unidade sirva de motivação e aprendizado para a implementação da intervenção de qualificação das ações em saúde do idoso na UBS.

## **2 Análise Estratégica – Projeto de Intervenção**

### **2.1 Justificativa**

A saúde da pessoa idosa e o processo de envelhecimento são aspectos de grande relevância na sociedade atual, visto que o aumento do número de idosos impõe reflexões e mudanças no modo de vivenciar esse período nos dias atuais. As estimativas futuras apontam para esse contexto de transição demográfica, onde dados recentes estimam que no período de 50 anos, existam cerca de dois bilhões de pessoas com sessenta anos e mais no mundo. Ao considerarmos saúde de forma ampliada, devemos atentar para esse fenômeno epidemiológico e perceber a Saúde do Idoso como uma das prioridades, no sentido de fomentar discussões e melhorias diante dessa mudança no perfil da população brasileira. Nesse contexto, temos que a atenção à saúde da pessoa idosa na Atenção Básica tem um papel importante no cuidado prestado a esses indivíduos, propiciando condições para melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa. (Ministério da Saúde, Cadernos de Atenção Básica nº 19).

No que se refere à estrutura da Unidade Básica de Saúde que compõe um espaço importante para realização das ações em Saúde do Idoso, temos

que algumas propostas já foram veiculadas no sentido de adaptar os serviços de atenção básica para atender adequadamente as pessoas idosas, porém a realidade atual da UBS em que será desenvolvido o projeto de intervenção presente ainda conta com inúmeras dificuldades nesse sentido. O espaço físico da unidade apresenta inúmeras barreiras que impedem a livre circulação das pessoas, como a presença de escadas, banheiros sem adaptação e degraus, além de dispor de pouco espaço nos consultórios de atendimento. A equipe de profissionais da UBS reconhece a importância do treinamento e da capacitação no processo de trabalho, porém não tem acesso contínuo aos mesmos e isso dificulta também no atendimento às necessidades do idoso, que requer cuidados especiais na orientação a cuidadores e familiares em geral.

O número total de idosos com sessenta anos ou mais residentes e acompanhados na UBS somou 105 pessoas, indicando uma cobertura atual de 32,81%. A qualidade da atenção à Saúde do Idoso na área de atuação pode ser identificada a partir de alguns indicadores propostos, que evidenciaram falhas nos aspectos de avaliação de risco para morbimortalidade e investigação de indicadores de fragilização na velhice, por exemplo. Algumas ações de promoção em saúde já estão sendo desenvolvidas na UBS, a exemplo do Grupo de Escuta e Acolhimento (GEA), que é composto principalmente pela população idosa e conta com uma equipe multiprofissional com ajuda do NASF na realização de atividades semanais, como oficinas manuais e diálogos com temas relacionados à qualidade de vida e saúde mental dessa faixa etária.

Para uma melhor avaliação da capacidade cognitiva dos idosos, pode-se lançar mão de ferramentas que auxiliam nesse processo e direcionam para possíveis diagnósticos prevalentes nessa faixa etária, como as diversas manifestações das demências e a depressão. O estado mental é um domínio que pertence à Avaliação Multidimensional do Idoso e pode ser melhor elucidado, por exemplo, através do Mini Exame do Estado Mental (MEEM), que consiste em uma escala de avaliação cognitiva bastante utilizada no rastreio de déficit cognitivo. Este instrumento é composto por questões agrupadas em 7 categorias, cada uma delas desenhada com o objetivo de avaliar “funções” cognitivas específicas: orientação para tempo e espaço, registro de palavras, atenção, cálculo, linguagem e capacidade construtiva visual. Outra ferramenta

bastante difundida é a Escala de Depressão Geriátrica (EDG), que é empregada para avaliação de sintomas depressivos em idosos e é composta por perguntas fáceis de serem entendidas, além de ter pequena variação nas possibilidades de respostas e a possibilidade de ser auto aplicada ou aplicada por um entrevistador treinado.

Assim, temos que é de fundamental importância a realização de ações contínuas no cuidado à pessoa idosa e o projeto de intervenção na UBS contribuirá nesse intuito. Algumas dificuldades inerentes ao processo de planejamento surgem nesse contexto e devem ser sanadas na interação com a equipe de profissionais, explicitando os benefícios que a população idosa terá com a sistematização e organização dos dados referentes a essa população alvo, tendo como finalidade primordial a recuperação, manutenção e promoção da autonomia e da independência da pessoa idosa, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar as ações de atenção à saúde do idoso na Unidade de Ilha Grande de Santa Isabel, em Parnaíba, PI.

### **2.2.2 Objetivos específicos**

1. Aumentar a cobertura do Programa de Atenção à Saúde dos Idosos
2. Melhorar a qualidade da atenção
3. Melhorar a adesão ao programa
4. Melhorar os registros da unidade
5. Realizar avaliação de risco da população alvo
6. Fazer promoção da saúde

### **2.2.3 Metas**

Relativas ao objetivo 1. Aumentar a cobertura do Programa de Atenção à Saúde dos Idosos

1.1. Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 80%.

Relativas ao objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção

2.1. Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos.

2.3. Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

2.4. Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos

2.5. Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

2.6. Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

2.7. Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

2.8. Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM).

2.9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

2.10. Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Relativas ao objetivo 3. Melhorar a adesão ao programa

3.1. Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Relativas ao objetivo 4. Melhorar os registros da unidade

4.1. Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

4.2. Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados

Relativas ao objetivo 5. Realizar avaliação de risco da população alvo

5.1. Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

5.2. Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

5.3. Avaliar a rede social de 100% dos idosos

Relativas ao objetivo 6. Fazer promoção da saúde

6.1. Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

6.2. Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

6.3. Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

## **2.3 Metodologia**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido na Estratégia de Saúde da Família (ESF) Ilha Grande de Santa Isabel no município de Parnaíba/PI, no período de 12 semanas. Serão participantes deste projeto todos os idosos pertencentes à área de abrangência e cadastrados no programa de Saúde do Idoso da Unidade além da equipe de profissionais que compõe a ESF. O referencial teórico que embasará as práticas será o Manual Técnico de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento, Ministério da Saúde, 2010.

### **2.3.1 Ações**

Para realizar o detalhamento das ações que serão executadas durante o Projeto de Intervenção, pode-se tomar como base a relação dos objetivos específicos e as metas relativas aos mesmos, a saber:

- Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso: com a meta de ampliação da cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 80%, serão realizadas ações nos diversos eixos, como

monitoramento mensal da cobertura dos idosos que são acompanhados na UBS, acolhimento e cadastro de todos os idosos da área de cobertura da Unidade de Saúde. No eixo de Engajamento Público, é de fundamental importância fornecer as informações necessárias para que a comunidade tenha conhecimento da inclusão dos idosos na rotina da unidade e que isso será facilitado durante o acompanhamento desses usuários. Para isso, é necessário que no eixo de Qualificação da Prática Clínica seja realizada uma capacitação para os ACS otimizarem a busca pelos idosos que não estão sendo acompanhados rotineiramente em algum serviço, bem como do acolhimento a esses idosos.

- Melhorar a qualidade de atenção ao idoso na unidade de saúde: para o êxito das metas pretendidas nesse quesito, as ações a serem desenvolvidas englobam a realização da Avaliação Multidimensional anualmente na totalidade dos idosos acompanhados na UBS, como forma de ampliar o olhar diante das possíveis alterações no processo de envelhecimento e discutir com a equipe as dificuldades e a importância da realização dessa avaliação ( utilizar protocolo existente e reforçar a necessidade de identificação de idosos em risco de agravos); avaliação da saúde mental e cognitiva utilizando o MEEM e a GDS 15, com identificação no prontuário do paciente do teste aplicado. Para isso, deve-se garantir os recursos necessários para a aplicação desses testes e orientar a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável. A monitorização do número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados rotineiramente deve ser realizada com o objetivo de estabelecer sistemas de alerta para a não realização dos mesmos, além da garantia de agilidade nesse processo. O número de idosos acamados ou com problemas de locomoção deve ser definido para que se possa garantir o registro desses idosos e o agendamento das visitas domiciliares, sempre orientando a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar a visita e a disponibilidade desse recurso para esses idosos em condições especiais. Existe ainda a necessidade de monitoramento do número de idosos com P.A. maior que 135/80 e que são submetidos a rastreamento para Diabetes Mellitus, pelo menos anualmente, visto que a associação entre essas duas patologias é bastante recorrente e o acolhimento a esses indivíduos deve ser priorizado,



incluindo a garantia do material necessário para a realização do teste de glicemia na unidade de saúde.

- Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso: com a meta de buscar os idosos que estão faltosos às consultas, será realizada a organização das visitas domiciliares e da agenda para acolher os idosos provenientes das buscas domiciliares, além da definição com a equipe sobre a periodicidade das consultas a serem realizadas. Serão prestados esclarecimentos à população e aos idosos sobre a importância da realização dessas consultas, e para isso os ACS terão treinamento para orientação dos idosos.
- Promover a saúde dos idosos: com a meta de obtenção de melhores índices de saúde da população idosa, será necessário garantir a orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos, além da realização de orientação para prática de atividade física regular, com esclarecimentos estendidos aos cuidadores; A capacitação da equipe para a promoção de hábitos alimentares saudáveis deve ser de acordo com os “Dez passos para alimentação saudável” ou o “Guia alimentar para a população brasileira”, materiais disponíveis para uso. Uma ação de grande importância para a realidade local é a demanda de parcerias institucionais, a partir do gestor municipal, para a realização de atividade física regular no âmbito da UBS. As consultas deverão ser organizadas de modo que possam subsidiar atividades educativas individuais, que incluem orientações aos idosos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias.
- Mapear os idosos de risco da área de abrangência: para atingir a meta de rastreio, é necessário a avaliação dos idosos para risco de morbimortalidade, priorizando o atendimento dos idosos com maior risco e investigando os indicadores de fragilização (ausência da rede de suporte social, morar sozinho, etc). Outro ponto importante é a avaliação da rede social dos idosos acompanhados na UBS, para que se possa facilitar o agendamento e a visita domiciliar aos idosos que apresentem uma rede social deficiente, orientando os idosos e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde. O estímulo na comunidade a cerca da promoção da socialização da pessoa idosa (trabalhos em igrejas, escolas, grupos de apoio) e do estabelecimento de redes sociais de apoio é de

fundamental importância para a melhoria da qualidade de vida dessa população.

- Melhorar o registro das informações: no intuito de promover melhorias no registro das informações, deve-se monitorar a qualidade do registro dos idosos acompanhados na Unidade de Saúde, além dos registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Para que a organização e a gestão do serviço estejam garantidas, é necessário implantar o formulário específico de acompanhamento no atendimento dos idosos e pactuar com a equipe o registro das informações, onde a profissional de enfermagem será a responsável pelo monitoramento dos registros. Será solicitado ao gestor a disponibilização de um número maior de Cadernetas de Saúde da Pessoa Idosa, visto que a quantidade existente na UBS é insuficiente para a realização da intervenção. Será realizada orientação aos pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso à segunda via se necessário. O treinamento da equipe ocorrerá para viabilizar o preenchimento de todas as informações necessárias para o acompanhamento do atendimento aos idosos, bem como da Caderneta de Saúde.

### **2.3.2 Indicadores**

Relativos ao objetivo 1. Aumentar a cobertura do Programa de Atenção à Saúde dos Idosos

Meta 1.1 Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 80%

Indicador 1.1 Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde

Numerador: Número de idosos cadastrados no programa

Denominador: Número de idosos pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Relativos ao objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção

Meta 2.1. Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Indicador 2.1 Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia

Numerador: Número de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos.

Indicador 2.2 Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia

Numerador: Número de idosos com exame clínico apropriado em dia

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.3. Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Indicador 2.3 Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia

Numerador: Número de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.4. Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos

Indicador 2.4 Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular

Numerador: Número de idosos com acesso cuja prescrição é priorizada para Farmácia Popular

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.5. Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

Indicador 2.5 Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar

Numerador: Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa.

Denominador: Número de idosos acamados ou com problema de locomoção pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde

Meta 2.6. Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Indicador 2.6 Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar

Numerador: Número de idosos acamados ou com problema de locomoção que receberam visita domiciliar.

Denominador: Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.7. Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Indicador 2.7 Proporção de idosos rastreados para hipertensão na última consulta

Numerador: Número de idosos com medida da pressão arterial na última consulta.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.8. Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM).

Indicador 2.8 Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes

Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus

Denominador: Número de idosos com pressão sustentada maior que 135/80mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

Meta 2.9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Indicador 2.9 Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de idosos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.10. Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Indicador 2.10 Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática

Numerador: Número de idosos da área de abrangência na UBS com primeira consulta odontológica programática

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Relativos ao objetivo 3. Melhorar a adesão ao programa

Meta 3.1. Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Indicador 3.1 Proporção de idosos faltosos às consultas programadas

Numerador: Número de idosos faltosos às consultas programadas e buscados pela unidade de saúde

Denominador: Número de idosos faltosos às consultas programadas.

Relativos ao objetivo 4. Melhorar os registros da unidade

Meta 4.1. Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Indicador 4.1 Proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia

Numerador: Número de fichas espelho com registro atualizado

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 4.2. Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados

Indicador 4.2 Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

Numerador: Número de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Relativos ao objetivo 5. Realizar avaliação de risco da população alvo

Meta 5.1. Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Indicador 5.1 Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia

Numerador: Número de idosos rastreados quanto ao risco de morbimortalidade.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 5.2. Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Indicador 5.2 Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia

Numerador: Número de idosos investigados quanto à presença de indicadores de fragilização na velhice.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 5.3. Avaliar a rede social de 100% dos idosos

Indicador 5.3 Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia

Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Relativos ao objetivo 6. Fazer promoção da saúde

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Indicador 6.1 Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis

Numerador: Número de idosos com orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 6.2. Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

Indicador 6.2 Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física

Numerador: Número de idosos com orientação para prática regular de atividade física.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 6.3. Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

Indicador 6.3 Proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal

Numerador: Número de idosos com orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número total de idosos da área de abrangência cadastrados na unidade de saúde.

### **2.3.3 Logística**

Para estruturar a intervenção na ação programática de Saúde do Idoso, será utilizado o Manual Técnico de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento, Ministério da Saúde, 2010. No que se refere ao registro específico, o registro das ações para viabilizar o monitoramento se dará a partir da criação de um formulário que irá conter as informações que serão acompanhadas, visto que a Unidade de Saúde não possui ficha espelho de Saúde do Idoso. Esse formulário será criado com o auxílio da profissional de enfermagem e contará com espaço para registro dos resultados de Testes Diagnósticos que farão parte da avaliação dos idosos, e anexado no formulário. Será realizado o contato com gestor municipal para viabilização da impressão desses formulários, bem como das cópias do protocolo a serem utilizadas na capacitação da equipe de saúde. A planilha eletrônica de coleta de dados será utilizada para o acompanhamento mensal da intervenção.

Para a realização do registro específico do programa, serão localizados os prontuários dos idosos e transcritas as informações para o formulário proposto, a fim de que se possa identificar o número de idosos que procuraram o serviço nos últimos meses e realizar o monitoramento no que se refere às consultas em atraso, solicitação de exames clínicos e laboratoriais, acompanhamento da contra referência quando do encaminhamento para a atenção especializada, entre outros quesitos de avaliação.

A discussão do foco da intervenção e aspectos da Análise Situacional foram pautas nas reuniões com a equipe da UBS, e foram esclarecidos alguns pontos relacionados ao processo de trabalho durante a execução do projeto. Uma ação de grande importância no início da intervenção é a capacitação da equipe para utilização do protocolo, e para a viabilização desta ação será reservado um horário durante a reunião na UBS para a discussão dos principais pontos do protocolo e esclarecimento de dúvidas em relação ao mesmo, com a leitura do material em questão.

Para otimizar a ocorrência da ação de Acolhimento dos idosos, os usuários com intercorrências agudas como descompensação das doenças crônicas, representadas pelo aumento súbito da pressão arterial, ou alteração importante da glicemia terão prioridade nas consultas disponíveis para pronto atendimento, sem a necessidade de alterações na organização da agenda. Serão também reservadas consultas semanais para agendamento dos idosos provenientes da busca ativa.

Em relação ao monitoramento da ação programática, fica claro que será de grande valia o empenho de toda a equipe de saúde, e a profissional de enfermagem ficará encarregada de analisar os formulários específicos dos idosos, com a ajuda do profissional médico, a fim de identificarem aqueles usuários que não tem registro de Avaliação Multidimensional Rápida, registro de exame físico completo, incluindo sensibilidade a cada 3 meses para os portadores de diabetes mellitus e aqueles que são acamados ou com problemas de locomoção que não tem visita domiciliar agendada, além do registro dos idosos que estão com consultas de acompanhamento em atraso. O agente comunitário de saúde realizará a busca ativa desses usuários, e ao realizar essa busca fará o agendamento da consulta para o horário que for



conveniente para o idoso. Ao final de cada mês, as informações coletadas nos formulários específicos serão repassadas para a planilha eletrônica.

No que diz respeito ao Engajamento Público e o processo de sensibilização da comunidade, temos que será necessário o contato com os representantes da comunidade e com a associação de moradores do bairro para a apresentação do projeto, com ênfase na necessidade de prestar um melhor cuidado no atendimento dos idosos acompanhados na UBS e assim melhorar a qualidade de vida dos usuários dessa faixa etária. Contactaremos os líderes comunitários para auxiliar no processo de busca pelos idosos que não acessam o serviço de saúde e solicitaremos apoio à comunidade, alertando sobre a necessidade de priorização do atendimento desta parcela da população.

### 2.3.4 Cronograma

Atividades	Semanas de Intervenção											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre o manual técnico de atenção à saúde da pessoa idosa												
Estabelecimentos do papel de cada profissional na ação programática												
Revisão do cadastro e cadastramento de todos os idosos da área adstrita no programa												
Grupo de escuta e acolhimento (GEA)												
Atendimento clínico aos idosos												
Busca ativa dos idosos faltosos												
Monitoramento das ações												
Contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática de atenção à saúde do idoso solicitando apoio para a captação dos usuários e para as demais estratégias que serão implementadas												

**OBS: As visitas domiciliares realizadas por médico, enfermeiro e técnico de enfermagem serão agendadas conforme a necessidade.**

Figura 1: Quadro do cronograma de atividades da intervenção

### **3 Relatório da Intervenção**

Este presente relatório tem como objetivo examinar os dados referentes a três meses de intervenção, realizar um balanço em relação às propostas iniciais para a execução do projeto e avaliar a necessidade de mudanças durante esse percurso. A ênfase se dará ainda na incorporação da intervenção à rotina do serviço, e os primeiros passos para o sucesso dessa etapa já foram iniciados com o estímulo diário para que a equipe da UBS participasse do projeto como um todo e pudesse levar adiante as atividades propostas. A intervenção de qualificação das ações de atenção à saúde do idoso na unidade de Ilha Grande de Santa Isabel, em Parnaíba/PI ocorreu no período de agosto a outubro de 2014.

#### **3.1 Ações previstas e desenvolvidas – facilidades e dificuldades**

No que diz respeito às ações previstas e desenvolvidas, podemos apontar algumas dificuldades e facilidades nesse processo de execução. Ao realizar a leitura do cronograma inicial, temos que a grande parte das ações propostas para esse período foram realizadas a contento, como é o caso da capacitação dos profissionais de saúde sobre o Manual Técnico de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa. Essa primeira atividade ocorreu durante as duas primeiras semanas da intervenção e foi um momento de grande importância para o desenvolvimento do projeto, pois a equipe - e principalmente os agentes de saúde- puderam expor suas dúvidas e anseios em relação a essa mudança na rotina de atendimento. Neste momento inicial, discutimos a abordagem e o manejo diante de usuários nessa faixa etária, através do entendimento de suas peculiaridades e vulnerabilidades. Seguindo com a apresentação do projeto à equipe, durante a leitura do Manual foi estabelecido o papel de cada profissional na ação programática, e os agentes de saúde e o profissional de enfermagem acordaram a sua participação na organização dos registros, além de toda a equipe se comprometer em contribuir no engajamento da população.

Ainda em relação ao desenvolvimento efetivo das ações planejadas, temos que foi possível melhorar a qualidade de atenção ao idoso na unidade de saúde, à medida que englobamos a realização da Avaliação

Multidimensional na totalidade dos idosos acompanhados na UBS, como forma de ampliar o olhar diante das possíveis alterações no processo de envelhecimento e discutir com a equipe as dificuldades e a importância da realização dessa avaliação. A primeira dificuldade encontrada se deu justamente nesse momento, porém foi contornada com a explanação aos usuários da necessidade de realização dessa avaliação. Muitos idosos questionaram os motivos dessa abordagem mais ampla, por nunca terem sido submetidos a ela. Ao final, notou-se que a população se encontrava mais satisfeita e com melhor grau de interação com a equipe de saúde.

Os atendimentos clínicos fluíram sem maiores empecilhos, apenas a reorganização da demanda e o estabelecimento de atendimento prioritário aos idosos necessitaram de um gasto de tempo maior. Essa mudança gerou bastante satisfação entre os usuários, que tiveram o tempo de espera diminuído, além da realização do exame físico detalhado com ênfase na patologia apresentada pelo usuário. As recomendações alimentares e o estímulo à prática de atividade física apropriada foram decisivos na melhoria da relação médico-paciente e esse foi um fator que contribuiu para o controle das doenças crônicas tão frequentes nessa população.

Em relação a melhoria da adesão dos idosos ao programa de saúde do idoso, foi possível atingir esse parâmetro com a realização da busca aos idosos que estavam faltosos às consultas e com a organização das visitas domiciliares e da agenda para acolher os idosos provenientes das buscas domiciliares. É importante frisar o treinamento contínuo dos ACS para orientação desses idosos visando esclarecer a necessidade da realização dessas consultas.

A participação ativa dos idosos no grupo de Escuta e Acolhimento(GEA) foi outro ponto de destaque no andamento da intervenção, e semanalmente pudemos nos reunir e nos aproximarmos das dificuldades enfrentadas pelos usuários com a presença da equipe do NASF, composta por psicólogo, terapeuta ocupacional e fonoaudióloga, além dos estagiários nessas áreas. As atividades educativas ocorridas nesses encontros semanais foram pautadas em temas como atividade física e hábitos alimentares na terceira idade; modificações corporais e emocionais ocorridas com o passar dos anos, fragilidade e vínculos familiares; sexualidade e higiene íntima e bucal.

### **3.2 Ações previstas e não desenvolvidas – facilidades e dificuldades**

Todas as ações planejadas foram implementadas, em maior ou menor grau, com mais ou menos dificuldades, mas todas foram alcançadas de alguma maneira. O trabalho foi baseado no planejamento inicial e no cronograma, e, assim, foi possível trabalhar com tudo o que fora proposto.

### **3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados – facilidades, dificuldades, e incorporação à rotina de serviços**

Com o andamento do projeto, foram surgindo algumas dificuldades no processo de trabalho e uma delas foi em relação ao cadastramento dos idosos da área adstrita no programa e o registro sistemático desses dados. Não havia registro fidedigno do acompanhamento desses usuários na Unidade de Saúde, além do serviço não possuir uma ficha espelho para a organização dessas informações tão importantes, e, por essa razão, o trabalho com as estimativas pode vir acrescido de erros numéricos.

A análise dos indicadores e o fechamento das planilhas também geraram dificuldades no serviço, visto que uso desses instrumentos não fazia parte do cotidiano dos profissionais de saúde, apesar do entendimento da necessidade dos mesmos para o planejamento futuro das ações em saúde.

### **3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços**

Em relação à incorporação das atividades do projeto de intervenção à rotina de serviços da unidade, temos que em unanimidade conseguimos sensibilizar os profissionais de saúde envolvidos nesse processo a dar prosseguimento às ações propostas. O reconhecimento da melhoria no atendimento à população idosa e o reflexo direto do trabalho realizado na saúde das pessoas é um fator estimulante na continuidade dessas ações. É notório por parte da equipe de saúde que a qualidade da atenção ao idoso interfere e tem impacto no panorama da saúde de nossa população, possibilitando evitar agravos nessa faixa etária e contribuir para a inserção desses idosos nas atividades da unidade de saúde.

Faz-se necessário, pois, o comprometimento dos profissionais, gestores e também da comunidade em geral na continuidade dessas ações propostas e que obtiveram êxito, a fim de mantermos o foco na melhoria crescente dos níveis de saúde dessa população e assim propiciarmos através desse trabalho uma melhoria na qualidade de vida dos idosos envolvidos. É válido reforçar continuamente o contato com as lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática e solicitar apoio para a captação dos usuários nas demais estratégias que serão implementadas. O engajamento público, pois, é um fator decisivo na continuidade desse projeto após a finalização do curso, e é uma responsabilidade conjunta da equipe de saúde. Além disso, é preciso que os agentes comunitários de saúde sejam capacitados de forma ininterrupta a realizar a busca ativa dos idosos faltosos às consultas, com o intuito de melhorarmos a cobertura do programa e a qualidade de vida dos idosos assistidos na comunidade.

#### **4 Avaliação da Intervenção**

##### **4.1 Resultados**

##### **Relativos ao Objetivo 1: Ampliar a cobertura de pré-natal.**

**Meta 1.1:** Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 80%.

Inicialmente, as atividades do projeto de intervenção na ESF tiveram início com a presença de 42 idosos (13,12%) residentes e identificados na área adstrita. No decorrer do trabalho, percebeu-se que as estimativas de acordo com a base populacional apontavam para um número bem maior de idosos quando comparado aos identificados anteriormente na área, que era de 105 idosos. Dessa forma, trabalhamos com a estimativa de 10% da população ser maior de 60 anos, num total de 320 pessoas.

No segundo mês da intervenção, foram cadastrados mais 56 idosos, somando 98 (30,62%). No mês 3 foram cadastrados outros 78 idosos residentes na área de abrangência, finalizando com 176 (55,00%) cadastrados no Programa de Saúde do Idoso da Unidade.

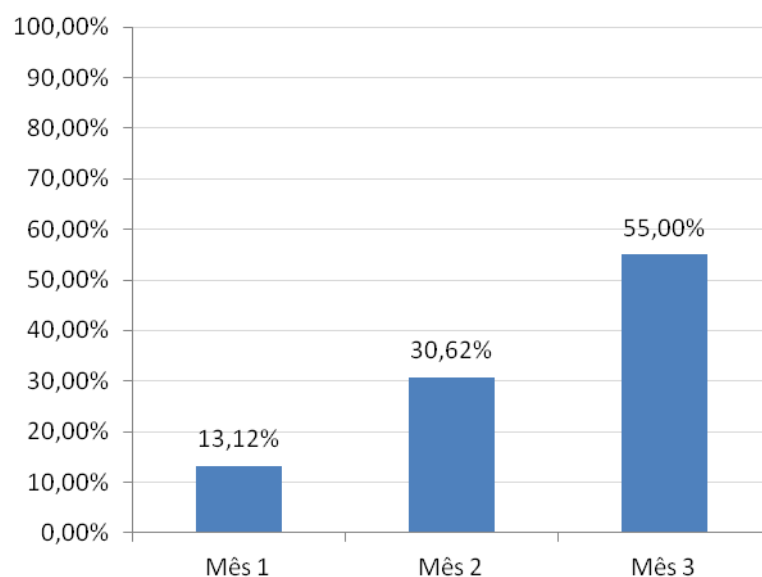


Figura 2: Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de Ilha Grande de Santa Isabel, Parnaíba, PI, no período de agosto a novembro de 2014. Fonte: planilha de coleta de dados.

### **Relativos ao objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção**

**Meta 2.1:** Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Durante a realização do projeto de intervenção, ficou visível o aumento do número de idosos com a Avaliação Multidimensional em dia, como pode ser constatado no gráfico acima. No primeiro mês das atividades, 26 idosos tinham sido submetidos a essa avaliação, que totalizava 61,90%. Já no segundo mês, 62 idosos tinham realizado essa avaliação, perfazendo um total de 89,79% dos idosos cadastrados no programa. Ao final da intervenção, conseguimos atingir a meta de realização da Avaliação Multidimensional Rápida em 100% dos idosos cadastrados da área de abrangência.

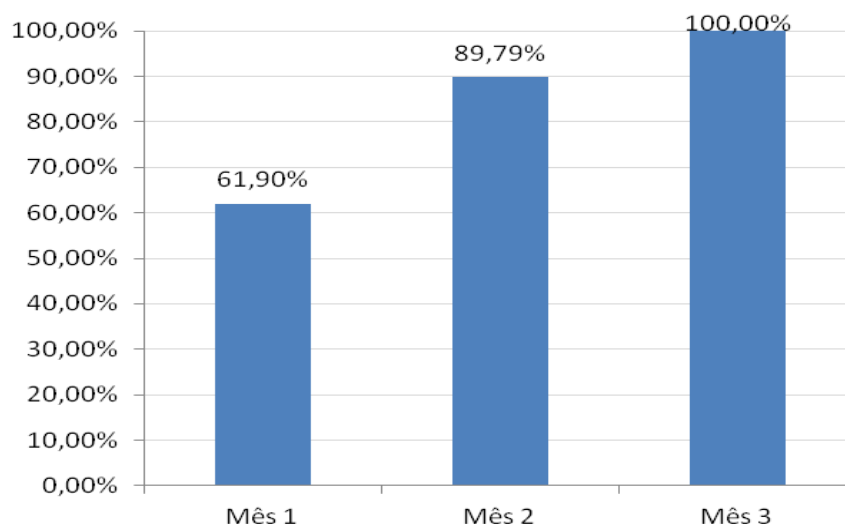


Figura 3: Gráfico indicativo da proporção de idosos com avaliação multidimensional rápida na unidade de Ilha Grande de Santa Isabel, Parnaíba, PI, no período de agosto a novembro de 2014. Fonte: planilha de coleta de dados.

**Meta 2.2:** Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos.

A proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia foi crescente durante a realização das atividades do projeto de intervenção. No primeiro mês do projeto, apenas 23 idosos tinham sido submetidos a um exame clínico adequado (54,76%), no mês 2 foram 82 (83,67%) e já no final do terceiro mês 100,00% do total de idosos estava com a realização do exame clínico adequado.

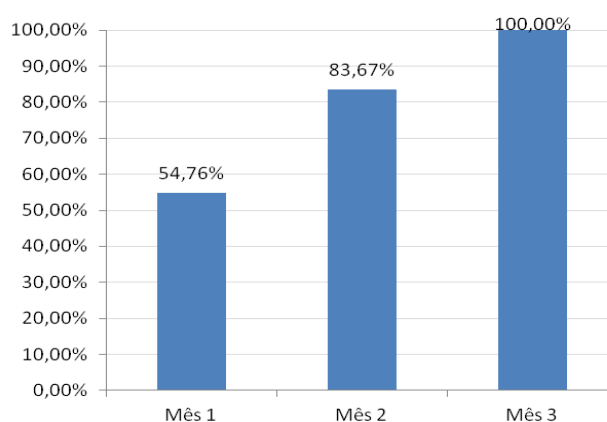


Figura 4: Gráfico indicativo da proporção de idosos com exame clínico apropriado na unidade de Ilha Grande de Santa Isabel, Parnaíba, PI, no período de agosto a novembro de 2014. Fonte: planilha de coleta de dados.



**Meta 2.3:** Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

A ação de solicitação de exames complementares periódicos teve um aumento significativo durante a realização das atividades do projeto de intervenção, e tal fato pode ser evidenciado na leitura do gráfico abaixo. No primeiro mês da intervenção, 22 idosos (52,38%) estavam com a solicitação de exames em dia, número esse que passou a ser de 64 idosos (65,30%) no final do segundo mês, 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos ao final dos 90 dias.

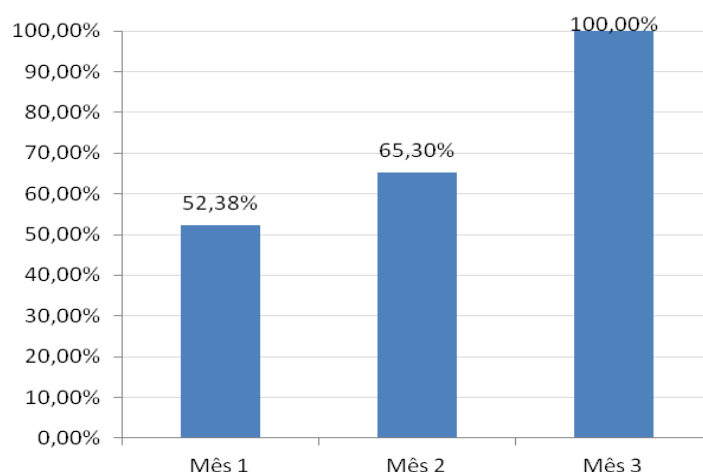


Figura 5: Gráfico indicativo da proporção de idosos hipertensos ou diabéticos com solicitação de exames periódicos em dia na unidade de Ilha Grande de Santa Isabel, Parnaíba, PI, no período de agosto a novembro de 2014. Fonte: planilha de coleta de dados.

**Meta 2.4:** Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos.

Em relação à prescrição de medicamentos da Farmácia Popular, temos que inicialmente o número de idosos que tinham essa ação priorizada era de apenas 54,80%, pouco mais da metade do número de usuários. Já no segundo mês das atividades, 80,50% dos idosos da área tinham a prescrição baseada na lista de medicamentos fornecidos pela Farmácia Popular. Conseguimos, por fim, priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100,00% dos idosos da área de abrangência que fazia uso de alguma medicação.

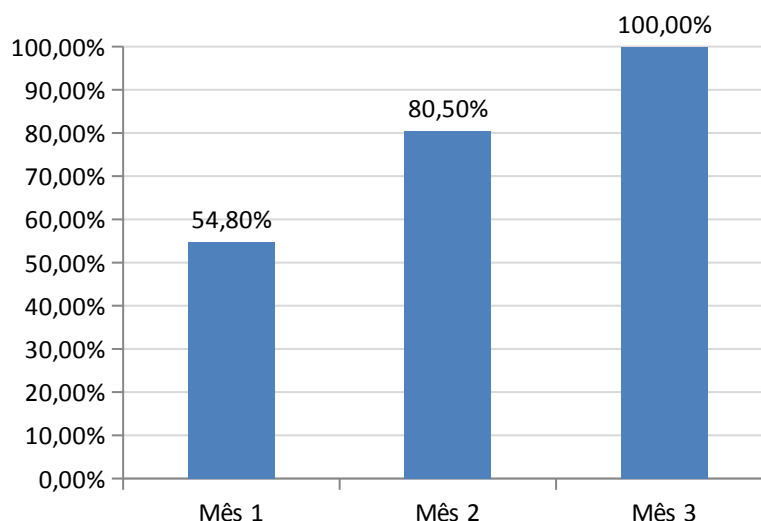


Figura 6: Gráfico indicativo da proporção de idosos que faz uso de medicação com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular na unidade de Ilha Grande de Santa Isabel, Parnaíba, PI, no período de agosto a novembro de 2014. Fonte: planilha de coleta de dados.

**Meta 2.5:** Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

Em relação ao cadastramento dos idosos acamados ou com problema de locomoção, temos que os ACS tinham conhecimento de todos os idosos que tinham essa condição, o que fez com que 100,00% deles fossem cadastrados no programa.

**Meta 2.6:** Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

A realização de visita domiciliar aos idosos acamados ou com problemas de locomoção teve um aumento significativo durante a execução do projeto de intervenção. Ao final das atividades, 100% dos idosos que estavam inseridos nesta condição foram visitados pela equipe de saúde e assim o cuidado contínuo desses idosos vulneráveis foi facilitado.

**Meta 2.7:** Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Durante as 12 semanas do projeto de intervenção, o rastreio de idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica foi feito de modo continuado, a fim de melhorar os índices de idosos com diagnóstico precoce para essa patologia.

Assim, no primeiro mês da intervenção, 69,00% dos idosos tinham sido rastreados, e esse número aumentou para 82,10% no segundo mês das atividades. Ao final do período da intervenção, conseguimos realizar o rastreio em 100,00% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica.

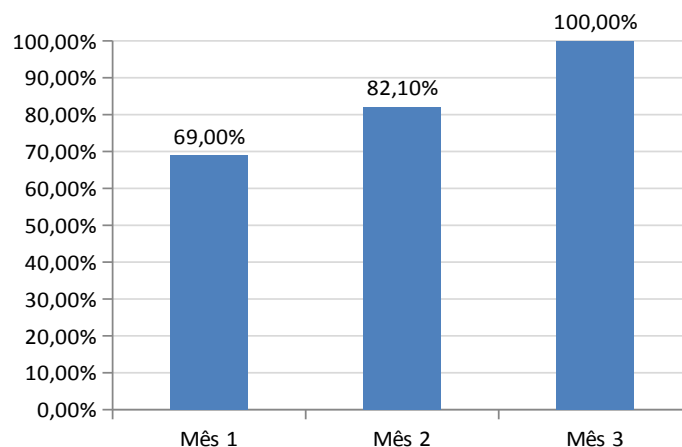


Figura 7: Gráfico indicativo da proporção de idosos rastreados para HAS na unidade de Ilha Grande de Santa Isabel, Parnaíba, PI, no período de agosto a novembro de 2014. Fonte: planilha de coleta de dados.

**Meta 2.8:** Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM).

Com o objetivo de realizar o rastreio para Diabetes Mellitus para a totalidade dos idosos com PA maior que 135/80 mm Hg, durante a realização da intervenção verificou-se que essa meta foi alcançada ao final do terceiro mês, tendo sido crescente a cada período, conforme demonstrado no gráfico a seguir.

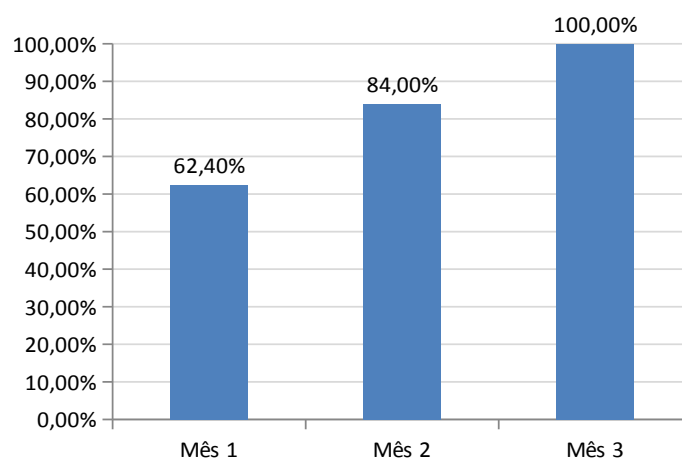


Figura 8: Gráfico indicativo da proporção de idosos com PA maior que 135/80 mm Hg rastreados para DM na unidade de Ilha Grande de Santa Isabel, Parnaíba, PI, no período de agosto a novembro de 2014. Fonte: planilha de coleta de dados.

**Meta 2.9:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

No primeiro mês de intervenção 23 idosos foram avaliados quanto à necessidade de atendimento odontológico, o que representou 54,8% do número total de idosos. No mês seguinte foram avaliados 69 idosos (71,00%). Já no final do período das atividades, 79,80% dos idosos foram avaliados neste quesito, demonstrando um aumento significativo nessa proporção, apesar de não termos atingido a meta de 100,00% dos idosos. Tal fato ocorreu devido a fatores como a recusa de muitos idosos em realizar a avaliação odontológica, por não acharem esse aspecto relevante e principalmente pelo funcionamento do atendimento em saúde bucal em apenas um turno, ocasionando demora nessa avaliação inicial. Essa falha visualizada durante a intervenção propiciou a busca na intensificação do vínculo com a equipe odontológica e na melhoria na integração entre os membros da equipe de odontologia e a comunidade.

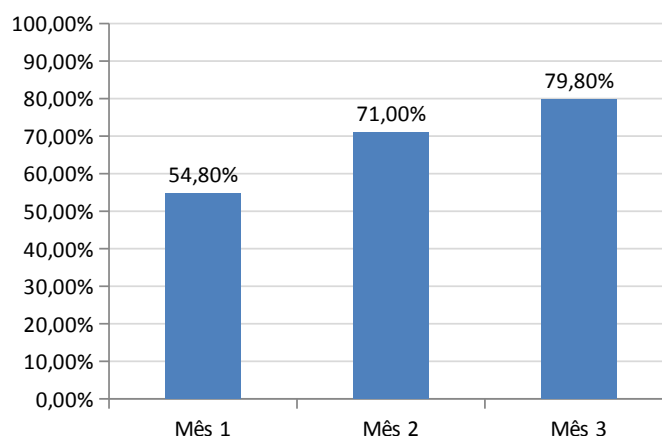


Figura 9: Gráfico indicativo da proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na unidade de Ilha Grande de Santa Isabel, Parnaíba, PI, no período de agosto a novembro de 2014. Fonte: planilha de coleta de dados.

**Meta 2.10:** Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

O objetivo inicial de realização da primeira consulta odontológica para a totalidade dos idosos não foi atingido, porém houve uma melhoria significativa na proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática. No primeiro mês da intervenção, apenas 20 idosos tinham esse aspecto valorizado, já no final das atividades o índice subiu para 91,0% de idosos com

consulta odontológica programada. Esse aspecto da realização da primeira consulta odontológica também ficou prejudicado pelo funcionamento apenas no turno da manhã da equipe odontológica, ocasionando excesso da demanda e dificuldade de marcação para os usuários idosos do turno da tarde.

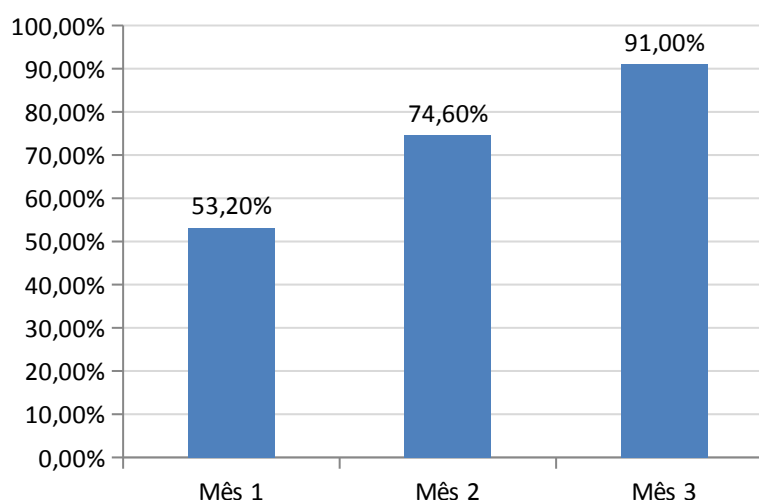


Figura 10: Gráfico indicativo da proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática na unidade de Ilha Grande de Santa Isabel, Parnaíba, PI, no período de agosto a novembro de 2014. Fonte: planilha de coleta de dados.

### **Relativos ao objetivo 3: Melhorar a adesão ao programa**

**Meta 3.1:** Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Ao longo das atividades relacionadas ao projeto de intervenção, temos que o quesito de busca ativa dos idosos que faltaram às consultas foi bastante explorado na rotina da Unidade. Já no primeiro mês, mais de 70% dos idosos foram procurados pelos agentes comunitários de saúde para questionamento do motivo da falta à consulta e esse número chegou a quase 100% dos idosos no final do terceiro mês. Durante o período da intervenção, tivemos o remanejamento de três agentes de saúde da unidade e as áreas cobertas por esses agentes ficou desfalcada, resultando em dificuldades na realização da busca ativa no território em questão. A maior parte das faltas ocorreu entre os idosos que não faziam acompanhamento sistemático na unidade, principalmente relacionado à doenças crônicas, e que não estavam acostumados a procurar atendimento sem que estivesse relacionado a uma necessidade aguda.

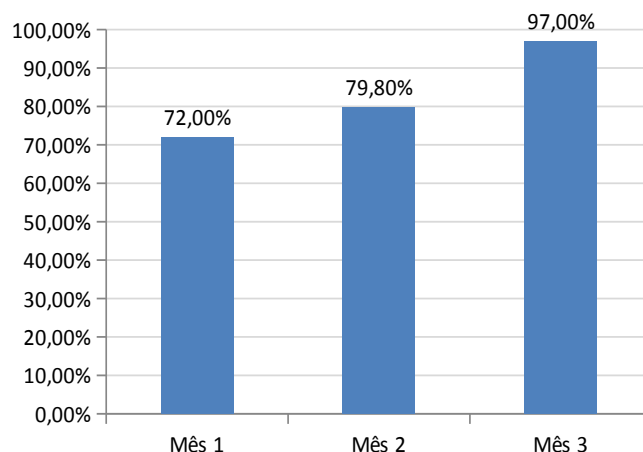


Figura 11: Gráfico indicativo da proporção de idosos faltosos que recebeu busca ativa na unidade de Ilha Grande de Santa Isabel, Parnaíba, PI, no período de agosto a novembro de 2014. Fonte: planilha de coleta de dados.

#### **Relativos ao objetivo 4: Melhorar os registros da unidade**

**Meta 4.1:** Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

**Meta 4.2.** Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados

Todos os idosos cadastrados e acompanhados tiveram os seus registros atualizados em todos os períodos da intervenção, bem como receberam a Caderneta de Saúde do Idoso.

#### **Relativos ao objetivo 5: Realizar avaliação de risco da população alvo**

**Meta 5.1:** Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Ao longo das atividades relacionadas ao projeto de intervenção, temos que esse rastreio mostrou resultados crescentes a cada mês, até que 100% dos idosos cadastrados tivessem passado pela ação.

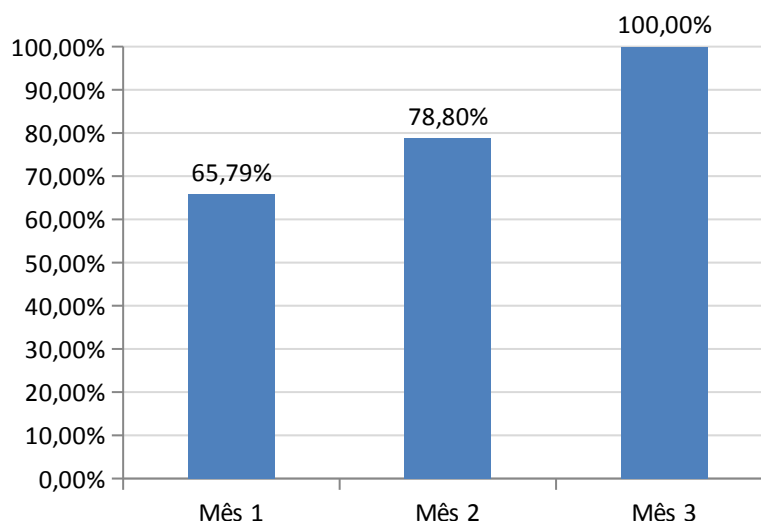


Figura 12: Gráfico indicativo da proporção de idosos rastreados para risco de morbimortalidade na unidade de Ilha Grande de Santa Isabel, Parnaíba, PI, no período de agosto a novembro de 2014. Fonte: planilha de coleta de dados.

**Meta 5.2:** Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Assim como as atividades de rastreio, a investigação de indicadores de fragilização na velhice também foi sendo incorporado à rotina de modo crescente, possibilitando o alcance da meta de 100% ao final do terceiro mês de intervenção.

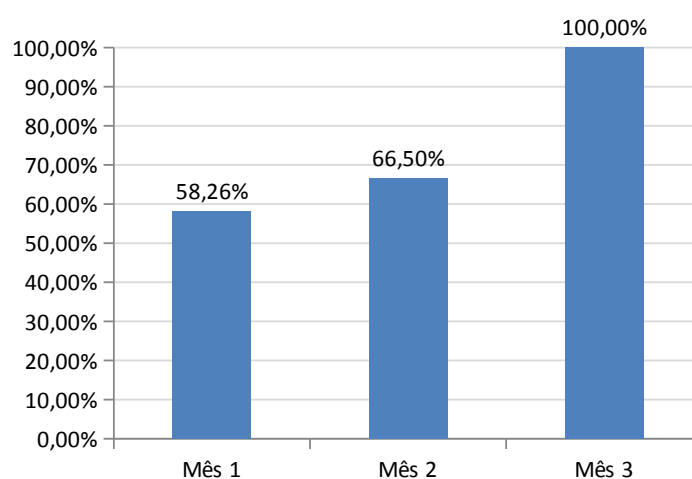


Figura 13: Gráfico indicativo da proporção de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice na unidade de Ilha Grande de Santa Isabel, Parnaíba, PI, no período de agosto a novembro de 2014. Fonte: planilha de coleta de dados.

**Meta 5.3:** Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

No decorrer das atividades do projeto de intervenção, a avaliação da rede social dos idosos foi um item priorizado devido ao reconhecimento da importância desse aspecto na vida social e afetiva dos idosos. Assim, a totalidade dos idosos residentes e cadastrados na área a cada mês foi avaliada quanto à rede social.

**Objetivo 6.** Fazer promoção da saúde

**Meta 6.1.** Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

**Meta 6.2.** Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

**Meta 6.3.** Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

A totalidade dos idosos residentes e cadastrados na área a cada mês recebeu as orientações quanto à alimentação saudável, prática regular de atividades físicas e higiene bucal, durante a avaliação e consulta médica, assim como na consulta de enfermagem e visitas dos ACS. Essas orientações foram primeiramente passadas para a equipe, para que se apropriasse desse conteúdo, e posteriormente inseridas na rotina de consulta e visita, alcançando toda a população alvo.



## 4.2 Discussão

Durante a realização da intervenção no Módulo 1 – Ilha Grande de Santa Isabel pudemos vivenciar melhorias em diversos aspectos do processo de trabalho e da relação com a equipe de saúde e a comunidade. Inicialmente, temos que a cobertura do programa de atenção à saúde do idoso teve um aumento satisfatório no decorrer das atividades e esse é um parâmetro de grande relevância, pois demonstra a ampliação do número de idosos da área que estão sob os cuidados da equipe e que com a devida assistência pode ter a qualidade de vida melhorada, atingindo índices de saúde promissores.

No que se refere à interação com a equipe de trabalho, a realização do projeto de intervenção foi capaz de proporcionar um nítido crescimento e aprimoramento profissional, com destaque para o despertar no interesse e na curiosidade dos profissionais em relação aos protocolos do Ministério da Saúde. A contribuição de todos os integrantes da equipe foi de fundamental importância para que a população de idosos buscasse o serviço, e que de forma organizada tivesse sua queixa valorizada com os devidos encaminhamentos dentro da Unidade e também nos serviços de referência. O vínculo entre a comunidade assistida e os profissionais da equipe rompeu uma barreira existente, onde os idosos não tinham acesso facilitado aos serviços de saúde. Dessa forma, foi possível resgatar de maneira satisfatória as relações de respeito e compromisso da equipe com a comunidade local.

A melhoria na qualidade dos registros da Unidade de Saúde é outro ponto relevante e que foi quantitativamente e qualitativamente ampliado. Durante a realização das atividades, os agentes comunitários de saúde e a profissional de enfermagem tiveram um papel relevante no andamento das ações. O cadastramento dos idosos foi bastante facilitado com a ajuda desses profissionais, assim como a busca ativa e a organização dos prontuários. Algumas metas que não foram alcançadas, como é o caso da realização da primeira consulta odontológica para a totalidade dos idosos e a busca a todos os idosos faltosos às consultas, serão continuamente buscadas através do empenho da equipe de saúde, a fim de atingirmos melhores índices de saúde nesses aspectos abordados.

É notório que ao final do projeto de intervenção que a equipe está integrada com o intuito de incorporar à intervenção a rotina do serviço, uma vez que esse projeto poderá fornecer mecanismos necessários para toda comunidade e os que forem captados na área de abrangência. Esta intervenção foi benéfica e satisfatória para todos os envolvidos, promovendo uma interação entre profissional de saúde e comunidade, principalmente com os idosos.

#### **4.3 Relatório de intervenção para os gestores**

Prezado Secretário Municipal de Saúde

De agosto a novembro de 2014 tivemos a oportunidade de realizar uma intervenção para melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na unidade ESF 01 – Ilha Grande de Santa Isabel. Para isso, trabalhamos com ações desenvolvidas em quatro eixos: Organização e Gestão do Serviço, Monitoramento e Avaliação, Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica. Estas ações incluíram: atendimento preferencial aos idosos; cadastro de novos idosos; Realização de atividades educativas coletivas abertas à população em geral e participação dos idosos no Grupo de Escuta e Acolhimento (GEA); Capacitação da equipe e reorganização do serviço da unidade para atender integralmente aos idosos, além de visitas domiciliares da equipe aos idosos acamados.

As ações foram de fundamental importância para estabelecer de forma efetiva o vínculo entre o idoso e sua família em relação à equipe multiprofissional. Tais ações foram implantadas sem prejuízo do funcionamento normal da unidade, tornando-se parte da rotina na prestação dos serviços e qualificando a atenção a este público alvo. A intervenção teve como base os Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde, e as ações desenvolvidas contribuíram para um melhor desempenho do serviço, também em relação ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). De maneira geral, todos os indicadores relacionados a este tipo de atenção tiveram uma importante marca e com isto conseguimos melhorar a atenção à saúde dos idosos e orientá-los de como cuidar da saúde de toda a família. No período de 90 dias alcançamos 176 idosos (55%), e, com

a inserção das ações na rotina do serviço, em breve alcançaremos 100% da população da área.

Contamos com o apoio da Gestão Municipal para a melhoria contínua dos serviços prestados à comunidade e que possamos atuar de modo efetivo na melhoria da qualidade de vida dessa população.

Equipe ESF – 01 – Ilha Grande de Santa Isabel

#### **4.4 Relatório de intervenção para a comunidade**

Prezada comunidade de Ilha Grande de Santa Isabel

A equipe de saúde do Módulo 1 realizou entre os meses de agosto a novembro de 2014 nossa equipe realizou um projeto que buscou a melhoria do atendimento aos idosos, e algumas das atividades realizadas foram:

1. Visitas domiciliares da equipe de saúde aos idosos acamados;
2. Treinamento da equipe e reorganização do serviço da unidade para atender melhor todos os usuários;
3. Atividades educativas como participação dos idosos no Grupo de Escuta e Acolhimento (GEA) e da comunidade para orientações sobre envelhecimento, prática de atividade física e alimentação saudável.

Estas atividades continuam sendo realizadas pelo serviço, pois percebemos que conseguimos melhorar o atendimento e as informações sobre os cuidados com os idosos, que devido à faixa etária e o processo de envelhecimento apresentam maior grau de fragilidade.

Durante a intervenção uma das ações desenvolvidas e fundamentais foram as atividades educativas para esclarecimentos de dúvidas a respeito das doenças como Hipertensão e Diabetes, tão comuns na nossa população e que necessitam de cuidado contínuo. Buscamos trazer conhecimento à comunidade através de conversas sobre os hábitos de vida dos idosos, sobre a situação familiar enfrentada por eles e principalmente ouvindo abertamente suas queixas clínicas e pessoais. Tanto nas nossas rodas de conversas, quanto nas atividades de grupos, todos são sempre bem vindos, e queremos que a participação aumente cada vez mais.

Cadastramos nesses 90 dias a metade dos idosos da área, mas, com a ajuda de todos, temos certeza que, em breve, todos estarão sendo assistidos de modo integral.

Contamos com o apoio de todos na participação junto ao nosso serviço, participando dos grupos, falando sobre suas necessidades e nos ajudando a melhorar o atendimento prestado a toda a população.

Equipe ESF – 01 – Ilha Grande de Santa Isabel

## **5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem**

Inicialmente, as expectativas em relação à realização e ao desenvolvimento do trabalho no curso era de que teria um longo e difícil processo pela frente. A responsabilidade de realizar um projeto perante a comunidade, para uma médica recém formada como eu, representava um enorme desafio nesse início de carreira. As dificuldades iniciais como a estrutura deficiente da Unidade de Saúde e o estranhamento gerado na equipe propiciou um crescimento importante no andamento das ações. À medida que implementávamos as ações na rotina da unidade, pude perceber a diferença na qualidade do atendimento principalmente aos idosos e isso foi um incentivo tamanho na continuidade das ações.

A participação no Curso de Especialização de Saúde da Família foi uma vitória alcançada, já que pra mim essa área da saúde sempre significou muito. Desde o início da graduação tive contato com a abordagem da saúde coletiva e esse universo propicia uma série de vivências que pretendo levar para minha vida pessoal e profissional. Especificamente sobre a Saúde do Idoso, pude estreitar laços com os usuários dessa faixa etária e perceber as dificuldades enfrentadas por essa parcela da população que carece de auxílio nas diversas ações em saúde. A interação com a equipe, a prática da resiliência, o aprimoramento clínico alcançado, são exemplos de ganhos com a realização do projeto de intervenção.

Por fim, a troca de experiências com os especializandos e com a orientação foi um aspecto relevante nesse processo, agregando conhecimentos e fomentando ainda mais a prática de saberes compartilhados. O material utilizado pelo curso para a realização das atividades foi um aspecto bastante positivo, e os textos apresentados assim como as leituras e os estudos clínicos nos trouxeram temas inovadores e nos permitiram uma análise crítica. Este trabalho constituiu sem dúvidas, uma experiência profissional muito proveitosa, e espero continuar utilizando os ensinamentos aqui recebidos para a melhoria da saúde na comunidade em que estiver inserida.

## 6 Bibliografia básica

- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Cadernos de Atenção Básica n. 19).
- Mendes CKTT, Moreira MASP, Bezerra VP et al. Atendimento para idosos na atenção básica de saúde: Representações Sociais. Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental. Rio de Janeiro, 2013.
- Silvestre JAN, Costa MM. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. Cad. Saúde Pública 2003; 19(3):839-47
- VERAS R.P., 2001. Modelos contemporâneos no cuidado à saúde: Novos desafios em decorrência da mudança do perfil epidemiológico da população brasileira. Revista USP, 51: 72-85
- Fait CS. Percepções sobre a atenção em saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde do Centro de Saúde – Escola Murialdo. Porto Alegre; 1997.
- Lourenço RA, Veras RP. Mini-Exame do estado mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. Rev. Saúde Pública. 2006;40(4):712-9
- Costa EC, Nakatani AYK, Bachion MM. Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver atividades da vida diária e atividades instrumentais da vida diária. Acta Paul Enferm. 2006;19(1):43-8.

## ANEXOS:

Número do idoso	Nome do idoso	Idade do idoso	O idoso está com a Avaliação Multidimensional Rápida em dia?	O idoso está com exame clínico apropriado em dia?	O idoso é hipertenso ou diabético?	O idoso hipertenso ou diabético está com solicitação de exames complementares periódicos em dia?	O idoso está com prescrição de medicamentos prioritariamente pela Farmácia Popular?	O idoso acamado ou com problemas de locomoção está cadastrado?	O idoso acamado ou com problemas de locomoção recebeu visita domiciliar?	O idoso teve a verificação da pressão arterial na última consulta?	O idoso está com pressão sustentada maior que 135/80mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica?
de 1 até o total de idosos cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim

Número do idoso	Nome do idoso	O idoso hipertenso foi rastreado para diabetes?	O idoso foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O idoso teve primeira consulta odontológica programática?	O idoso faltou à consulta programada?	O idoso que faltou à consulta recebeu busca ativa?	O idoso está com o registro na ficha espelho em dia?	O idoso tem a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa?	O idoso está com avaliação de risco para morbimortalidade em dia?	O idoso está com avaliação para fragilização na velhice em dia?
de 1 até o total de idosos cadastrados	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim

Dados para coleta	Número do idoso	Nome do idoso	O idoso está com avaliação de rede social em dia?	O idoso está com avaliação de risco para a saúde bucal em dia?	O idoso recebeu orientação nutricional para hábitos saudáveis?	O idoso recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?	O idoso está com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia?
<b>Orientações de preenchimento</b>	de 1 até o total de idosos cadastrados	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim

## Planilha de Coleta de Dados



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE MEDICINA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

---

OF. 15/12  
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Srª  
Profª Ana Cláudia Gastal Fassa

*Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde*

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

*Patrícia Abrantes Duval*  
Patrícia Abrantes Duval  
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

### Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



**Apêndices**  
**Registro fotográfico**









